

**UP**

Ime (ime jednog roditelja) i prezime: _____
JMBG (u svrhu provjere prebivališta): _____
Adresa stanovanja / sjedišta: _____
Broj telefona, FAX-a, mobilnog telefona, e-mail adresa: _____
Adresa za dostavu pošte: _____

Općina Novi Grad Sarajevo
Općinska služba za boračka pitanja, rad, socijalna pitanja i zdravstvo
Odsjek za rad, socijalna pitanja i zdravstvo

Predmet: **Zahtjev**

Obraćam se zahtjevom za:

1. Prestanak prava na naknadu umjesto plaće ženi-majci u radnom odnosu sa danom _____.
2. Prestanak prava na novčanu pomoć ženi-majci koja nije u radnom odnosu sa danom _____,
3. Promjena adrese prebivališta,
4. Nastavak korištenja prava na porodiljsku naknadu za zaposlene porodilje kojima je Ugovor o radu na određeno vrijeme,
5. Izmjena rješenja _____
/navesti razlog/
6. Ispravku greške u rješenju u pogledu _____.
7. Prenos predmeta u drugu Općinu zbog preseljenja,

(Zaokružiti)

Uz zahtjev prilažem:

1. Ugovor o radu/rješenje (samo za zahtjev pod rednim br. 4.)
2. Drugi dokazi

Napomena:

- Dokumentacija se prilaže u originalu ili ovjerenoj kopiji, ne starija od 6 mjeseci.

Napomena za taksu: Shodno odredbi člana 9. tačka 1. Odluke o administrativnim taksama Općine Novi Grad Sarajevo, („Službene novine Kantona Sarajevo“, broj 2/26) taksa se ne naplaćuje.

U skladu sa članom 9. i 10. Zakona o zaštiti ličnih podataka (Službeni glasnik BiH broj 12/25), kao nosilac gore navedenih i dostavljenih ličnih podataka, saglasan/saglasna sam da nadležna služba vrši obradu istih u postupku rješavanja predmetnog zahtjeva.

Rok za rješavanje: 30 dana od prijema zahtjeva.

Podnosilac zahtjeva

U Sarajevu _____ godine

(ime i prezime)